



Community Health Plan
LOS ANGELES COUNTY

Наименование основного
места оказания услуг: _____

Личный номер участника: _____

Код жалобы: _____

ФОРМА ЖАЛОБЫ

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

Имя участника (фамилия)	(имя)	Дата рождения	Мес.	День	Год	Фактическая дата регистрации:	Мес.	День	Год
Адрес (улица)		(город)		(штат)		(индекс)			
Телефон (домашний)		(рабочий)				Количество участников плана в семье, включая лицо, подающее жалобу:			
Имя лица, заполняющего форму (если отличается от имени участника)					(номер телефона в дневное время)				

Где имела место проблема? (Название аптеки, больницы или клиники)	Дата инцидента:	Мес.	День	Год
Кто, кроме вас, имеет отношение к возникшей проблеме? (По возможности, укажите имена участвующих сотрудников)				
Пожалуйста, опишите все, что произошло, как можно подробнее: (Укажите последовательность событий и то, как проблема отразилась на вас.)				
См. приложение				

Департамент организованного медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care) отвечает за регулирование деятельности планов медицинского обслуживания. Если у вас имеется жалоба против плана CHP, вы должны сначала позвонить в план Community Health Plan по телефону **1-800-475-5550** (линия TDD/TTY для лиц с нарушением слуха **1-800-335-7988**) и воспользоваться процедурой рассмотрения жалобы плана CHP до обращения в департамент DMHC. Использование процедуры рассмотрения жалоб не лишает вас никаких потенциальных юридических прав или средств правовой защиты, которые могут быть вам доступны. Если вам нужна помощь в отношении жалобы, связанной с экстренным случаем, либо с жалобой, которая не была решена в течение более чем 30 дней, вы можете обратиться в департамент DMHC за помощью. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской проверки (Independent Medical Review, IMR). Если вы имеете право на проведение проверки IMR, в рамках проверки IMR будет проведена беспристрастная проверка медицинских решений, принятых вашим планом медицинского обслуживания относительно медицинской необходимости предложенной услуги или лечения, решений, касающихся оплаты лечения экспериментального или исследовательского характера, а также споров в отношении оплаты услуг экстренной или срочной медицинской помощи. У департамента DMHC также имеется бесплатная телефонная линия (**1-888-НМО-2219**) и линия TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями речи и слуха. На веб-сайте департамента DMHC по адресу <http://www.hmohelp.ca.gov> есть формы жалоб, заявлений на проведение проверки IMR и инструкции в режиме он-лайн.

ТРЕБУЕМЫЕ МЕРЫ

Меры приняты в течение 24 часов? Да Нет

Что, по вашему мнению, следует предпринять для решения данной проблемы?
См. приложение

Жалобу получил (а):	Лично	<input type="checkbox"/>	Подпись участника (необязательно)	Дата
	По телефону	<input type="checkbox"/>		
Дата получения:	Время получения:	По почте	Я ПОНИМАЮ, ЧТО ПЛАН СВЯЖЕТСЯ СО МНОЙ В ТЕЧЕНИЕ 30 ДНЕЙ, ЧТОБЫ ПРЕДОСТАВИТЬ МНЕ ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОМ РАССЛЕДОВАНИИ И/ИЛИ ПРИНЯТЫХ МЕРАХ В ОТНОШЕНИИ МОЕЙ ЖАЛОБЫ.	
		Через Интернет		



Community Health Plan
LOS ANGELES COUNTY

Имя участника: _____
Наименование основного места
оказания услуг: _____
Личный номер участника: _____

ОПИШИТЕ, ЧТО ПРОИЗОШЛО:

ТРЕБУЕМЫЕ МЕРЫ:

(OFFICIAL USE ONLY)

OUTCOME/RESOLUTION:

(Complete only if an Expedited Appeal)

Member was acknowledged verbally and notified of the 72 hours appeal process: Yes No

Grievance Received by:

Date Received: